

Mga Tagubilin para sa Pagsumite ng Form ng Paghahabol ng Medi-Cal para sa Pagbabayad sa Nagasta ng Benepisyaryo (Pagbabalik ng Nagasta sa Pagbayad sa Medikal o sa Ngipin)

Sino ang Maaaring Maghain ng Paghahabol?

Ang sinumang nagbayad para sa mga serbisyon medikal o sa ngipin na sa palagay nila ay karaniwang nasasaklaw ng Medi-Cal ay maaaring maghain ng paghahabol para sa pagbabalik ng nagasta. Ang sinumang naghahain sa ngalan ng benepisyaryo ay dapat isama ang kanilang relasyon sa benepisyaryo kapag lumagda sa form o anumang kaugnay na mga dokumento. Upang makakuha ng pagbabalik ng nagasta, dapat kayong nakatanggap at nabayaran para sa serbisyo:

- A. Sa panahon ng retroaktibo na pagging karapat-dapat hanggang tatlong buwan bago ang petsa ng iyong inihain na aplikasyon na dapat ay naibigay na ng iyong county at naidokumento sa iyong file; o
- B. Habang hinihintay ninyo ang desisyon sa inyong aplikasyon sa Medi-Cal. Kung nakatanggap kayo ng mga serbisyo sa o pagkatapos ng Pebrero 2, 2006, upang makatanggap ng refund, dapat kayo ay nagbayad sa isang tagapagbigay ng serbisyo na tumatanggap ng Medi-Cal; o
- C. Matapos ninyong matanggap ang inyong Medi-Cal kard. Upang makakuha ng refund para sa mga bayad na ginawa pagkatapos ninyong matanggap ang inyong Medi-Cal kard, kayo dapat ay nagbayad sa isang tagapagbigay ng serbisyo na tumatanggap ng Medi-Cal.

Paano Ako Maghain ng Paghahabol?

Upang maghain ng paghahabol, dapat kang magsumite ng isang Form ng Paghahabol ng Medi-Cal para sa Pagbabalik ng Nagasta ng Benepisyaryo.

- Dapat mapunan ang form ng paghahabol sa asul o itim na tinta;
- Ang form ng paghahabol ay dapat may oriinal na lagda (hindi tatanggapin ang mga kopya);

Dapat kasama sa Form ng Paghahabol ang:

- Isang kopya ng larawan ng iyong Kard ng Pagkakakilanlan bilang Benepisyaryo ng Medi-Cal (BIC).
- Patunay ng pagbabayad. Kabilang sa mga halimbawa ang kopya ng (mga) kinanselang tseke mula sa bangko (harap at likod), (mga) resibo mula sa tagapagbigay ng serbisyo na binayaran mo, ebidensiya ng elektronikong pagbabayad, o kopya ng money order. Ang isang deklarasyon ay maaaring magamit sa ilang mga sitwasyon upang ipaliwanag, dagdagan o suportahan ang mga dokumento sa itaas.
- Isang nakumpletong Form ng TALAAN NG DATOS NG NAGBABAYAD.
- Para sa mga serbisyon nangangailangan ng awtorisasyon mula sa Medi-Cal, dokumentasyon mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo sa medikal o sa ngipin na nagpapakita ng pangangailangang medikal para sa serbisyo.
- Isang itemized na billing statement na nagsasaad ng (mga) petsa ng serbisyo; at ang (mga) serbisyo at/o (mga) code ng serbisyo kung saan binayaran mo nang mula sa sariling bulsa sa (mga) tagapagbigay ng serbisyo.

Tandaan: Pakikompleto ang isang indibidwal na pahina ng Impormasyon ng Tagapagbigay ng Serbisyo para sa bawat isa sa mga tagapagbigay ng serbisyo at tiyakin na nakalista ang halaga (na nais mong maibalik na nagasta sa iyo) na binayaran mo ang bawat isa sa mga tagapagbigay ng serbisyo.

Ano ang Napapanahong Paghahain?

1. Mga paghahabol para sa mga serbisyon ibinigay noong Hunyo 27, 1997 hanggang Nobyembre 16, 2006: Para sa mga serbisyon ibinigay sa pagitan ng Hunyo 27, 1997 at Nobyembre 16, 2006, ang iyong paghahabol ay dapat matanggap bago ang Nobyembre 16, 2007 o sa loob ng 90 araw mula nang matanggap ang iyong kard sa Medi-Cal, alinman ang mas huli.

2. Mga paghahabol para sa (mga) serbisyo na ibinigay sa o pagkatapos ng Nobyembre 16, 2006:

Para sa (mga) serbisyon ibinigay sa o pagkatapos ng Nobyembre 16, 2006, ang iyong paghahabol ay dapat matanggap sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan mo natanggap ang (mga) serbisyo o sa loob ng 90 araw mula nang matanggap ang iyong kard sa Medi-Cal, alinman ang mas huli.

Saan Ko Ipapadala ang mga Paghahabol?

1. Ang mga paghahabol para sa mga pagbabalik nang nagasta sa mga paggamot na Medikal, Pangkaisapang Kalusugan, Programa sa Alkohol at Droga, at mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In Home Supportive Services) ay dapat ipadala sa koreo sa:

Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008

2. Ang mga paghahabol para sa mga pagbabalik ng nagasta para sa mga serbisyo sa ngipin ay dapat ipadala sa koreo sa:

Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

**Form ng Paghahabol ng Medi-Cal para sa Pagbabayad sa Nagasta ng Benepisyaryo
(Pagbabalik ng Nagasta sa Pagbayad sa Medikal o sa Ngipin)**

Kung mayroon kang anumang mga katanungan, mangyaring sumangguni sa mga nakalakip na tagubilin o tumawag sa Beneficiary Service Center (BSC) sa (916) 403-2007. Para sa TDD na serbisyo tumawag sa (916) 635-6491.

Impormasyon ng Benepisyaryo (Pasyente): Pakipunan ang lahat ng hiniling na impormasyon sa ibaba gamit ang asul o itim na tinta.

Apelyido:	Pangalan:			Gitnang Inisyal:
Adres sa Bahay (Numero at Kalye):		Numero ng Apartment:		Telepono sa Bahay:
Lungsod:	Estado:	Zip:	County:	Telepono sa Trabaho:
Adres na para sa Koreo (Kung iba sa nasa itaas o P.O. Box):				Telepono para sa Mensahe:
Lungsod:			Estado:	Zip:
Numero ng Social Security:	Araw ng Kapanganakan (BB/AA/TTTT):		Numero ng ID sa Medi-Cal (BIC):	

Isama ang isang nakumpletong Talaan ng Datos ng Nagbabayad at isang kopya ng inyong Medi-Cal kard.

I. Ilista ang bawat isa sa (mga) medikal o dental na tagapagbigay ng serbisyo kung saan kayo nagbabayad at nais humingi ng refund ng (mga) kabayaran:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

II. Mangyaring kumpletuhin ang mga magkahiwalay na pahinang 3 at 4 ng form na ito para sa bawat isa sa mga tagapagbigay ng serbisyo na nakalista sa itaas. Ang mga indibidwal na kopya ng pahina 3 at 4 ay dapat na kumpletuhin para sa bawat isa sa mga tagapagbigay ng serbisyo na nakalista sa itaas. Mga pahina 3 at 4 lang ang maaaring i-photocopy. O para humiling ng mga kopya ng mga pahina 3 at 4 tawagan ang BSC sa (916) 403-2007, o sa (916) 635-6491 para sa TDD.

III. Pirmahan at petsahan ang ilalim ng pahinang ito at pirmahan at petsahan ang bawat kopya ng pahina 3 na isasama mo sa paghahabol na ito. Tiyakin na i-print ang inyong pangalan at relasyon.

Kasunduan sa Benepisyaryo: (Maaaring isama ang legal na kinatawan o awtorisadong kinatawan kasama ng isang kopya ng mga legal na dokumento na nagpapahintulot sa iyo na kumatawan sa Benepisyaryo/Pasyente)

Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang lahat ng impormasyon sa form ng paghahabol na ito ay totoo at tumpak sa abot ng aking kaalaman at paniniwala. Pinapahintulutan ko ang sinumang tagapagbibigay ng pangangalaga o iba pang entidad na nagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa benepisyaryo na nakalista sa itaas na ibigay sa mga Kumpanya at/o sa kanilang magulang, mga kaakibat o itinalaga ang anumang impormasyon

State of California - Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

o mga medikal na rekord na nauugnay sa mga serbisyong ito. Pinapahintulutan ko rin Medi-Cal na tumanggap at maglabas ng naturang impormasyon kaugnay ng pagproseso ng mga paghahabol, mga programang medikal sa pamamahala o pagsasagawa ng anumang iba pang layuning ayon sa batas na may kaugnayan sa paglahok sa plano ng mga benepisyong pangkalusugan. Nauunawaan ko na ituturing ng Medi-Cal na kumpidensyal ang lahat ng personal na impormasyon sa kalusugan at ang lahat ng sakop na pamilya, at hindi ito ibubunyag para sa anumang iba pang layunin.

I-print ang Pangalan: _____ Relasyon: _____

Pirma: _____ Petsa: _____

(Benepisyaryo/Pasyente, Legal na Kinatawan o Awtorisadong
Kinatawan)

**Impormasyon ng Tagapagbigay ng Serbisyo
(Indibidwal na Nagkakaloob ng mga Serbisyon Medikal o sa Ngipin)**

Nagawa ko na ang nakalistang pagbabayad sa sumusunod na tagapagbigay ng serbisyo para sa inilarawang mga serbisyon medikal o sa ngipin at humihiling ng pagbabalik ng nagasta para sa mga serbisyon nasasaklaw ng Medi-Cal.

Pangalan ng Tagapagbigay ng Serbisyo:	Numero ng Tagapagbigay ng Serbisyo ng Medi-Cal: (kung alam)	
Pangalan ng Kontak:	Numero ng Telepono ng Kontak:	
Pisikal na Adres: (numero at kalye)	Numero ng Telepono:	
Lungsod:	Estado:	Zip:
(Mga) Petsa noong Ibinigay ang (mga) Serbisyo:	Kabuuang Halaga na Ibinayad sa Tagapagbigay ng Serbisyo na Ito:	

Paglalarawan sa (mga) Serbisyo Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo para mailalarawan ang (mga)

serbisyo, gamitin ang susunod na pahina:

- ✓ Pakisama ang mga photocopy ng:
 - Katibayan ng lahat ng mga pagbabayad
 - Dokumentasyon ng medikal na pangangailangan kung kinakailangan
 - Anumang mga dokumento o papeles na sumusuporta sa iyong paghahabol
 - Isang itemized na billing statement na nagsasaad ng (mga) petsa ng serbisyo, at ang (mga) serbisyo at/o (mga) code ng serbisyo kung saan binayaran mo nang mula sa sariling bulsa sa (mga) tagapagbigay ng serbisyo

Kasunduan sa Benepisyaryo: (Maaaring isama ang legal na kinatawan o awtorisadong kinatawan kasama ng isang kopya ng mga legal na dokumento na nagpapahintulot sa iyo na kumatawan sa Benepisyaryo/Pasyente)

Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang lahat ng impormasyon sa form ng paghahabol na ito ay totoo at tumpak sa abot ng aking kaalaman at paniniwala. Pinapahintulutan ko ang sinumang tagapagbibigay ng pangangalaga o iba pang entidad na nagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa benepisyaryo na nakalista sa itaas na ibigay sa mga Kumpanya at/o sa kanilang magulang, mga kaakibat o itinalaga ang anumang impormasyon o mga medikal na rekord na nauugnay sa mga serbisyon ito. Pinapahintulutan ko rin Medi-Cal na tumanggap at maglabas ng naturang impormasyon kaugnay ng pagproseso ng mga paghahabol, mga programang medikal sa pamamahala o pagsasagawa ng anumang iba pang layuning ayon sa batas na may kaugnayan sa paglahok sa plano ng mga benepisyong pangkalusugan. Nauunawaan ko na ituturing ng Medi-Cal na kumpidensyal ang lahat ng personal na impormasyon sa kalusugan at ang lahat ng sakop na pamilya, at hindi ito ibubunyag para sa anumang iba pang layunin.

I-print ang Pangalan: _____

Relasyon: _____

Pirma: _____

Petsa: _____

(Benepisyaryo/Pasyente, Legal na Kinatawan o Awtorisadong Kinatawan)

**Opisyal na Paggamit
Lamang** Retro
 Ebawasyon
 Post ADP
 Ngipin
 DMH
 IHSS Medikal MMC D

Iba pa: _____

County ng Serbisyo: _____

Numero ng Kaso: _____

Paglalarawan sa (mga) Serbisyo (pagpapatuloy):